

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Médecine des accidents : Professeur Docteur Ch. Julliard

LA NÉVROSE DE TRAITEMENT

(Behandlungsneurose)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES CUENDET

MÉDECIN DIPLOMÉ

AVEC UNE PRÉFACE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. JULLIARD

THÈSE N° 1264

GENÈVE 1928



NEUCHÂTEL

IMPRIMERIE HENRI MESSEILLER

1928

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Médecine des accidents : Professeur Docteur Ch. Julliard

LA NÉVROSE DE TRAITEMENT

(Behandlungsneurose)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

CHARLES CUENDET

MÉDECIN DIPLOMÉ

AVEC UNE PRÉFACE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. JULLIARD

THÈSE N° 1264

GENÈVE 1928



NEUCHÂTEL

IMPRIMERIE HENRI MESSEILLER

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur Ch. Julliard, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 2 juillet 1928.

Le doyen : Docteur M. ROCH.

Au début de ce travail nous tenons à exprimer tous nos remerciements à Monsieur le Professeur Ch. Julliard qui n'a cessé de nous encourager par ses conseils judicieux et par l'intérêt bienveillant qu'il nous a témoigné pendant toute la durée de ces recherches.

Genève, juin 1928.

P.-S. — Au moment de mettre sous presse, Monsieur le Professeur Ch. Julliard nous remet une préface; qu'il veuille accepter l'expression de notre vive gratitude.

A MES CHERS PARENTS,
témoignage de ma profonde affection.

PRÉFACE

On appelle « névrose de traitement » (Behandlungsneurose), un état psychique pathologique spécial, à symptomatologie variable, occasionné par un traitement, médical ou chirurgical.

Connu de tout temps, quoique mal ou pas même décrit et défini, cet état est, en réalité, d'une extrême fréquence.

Tout traitement, redouté ou faussement interprété par un malade, crée, chez celui-ci, des troubles psychiques qui peuvent aller de la simple angoisse ou de la plus faible crainte jusqu'à une situation qui légitime, de la part du médecin, les plus vives appréhensions.

N'importe quelle intervention chirurgicale, la plupart des traitements prolongés ou douloureux, suscitent chez celui qui en est l'objet, des réactions dont l'intensité et la nature varient avec chaque individu.

Mais ces réactions demeurent, en général, dans des limites normales et cessent habituellement avec leur cause.

Aussi s'en préoccupe-t-on rarement.

On s'est avisé, depuis quelques années, de leur donner une importance particulière, dans le domaine de la médecine d'assurance. Avec la tendance actuelle, d'ailleurs fort juste, qui veut qu'on indemnise les conséquences d'un accident ou d'une maladie les plus étendues, on n'a pas manqué de soutenir qu'un accident ou une maladie assurés devaient être rendus responsables de l'incapacité de travail qui pouvait résulter de l'état psychique anormal où la nature de leur traitement avait placé l'intéressé.

Rien n'est plus juste en théorie.

Mais, en pratique, l'affaire se complique.

Chacun sait que les lois d'assurance ont donné naissance à une maladie, inconnue antérieurement — bien que le terrain sur lequel elle prend sa base soit éternel — et qu'on a dénommée *sinistrose* ou *névrose d'assurance* (Begehrungsneurose), et qui a pour principal objectif : la revendication d'une indemnité.

Cette dernière affection tend, de plus en plus, à échapper à la responsabilité de l'accident ou de la maladie assurés, et la Suisse, sous ce rapport, paraît vouloir tenter une expérience nouvelle depuis peu d'années, en refusant — dans un but de prophylaxie — toute indemnité due de ce chef à ceux qui en sont les victimes.

La question qui se pose est donc celle-ci. La névrose, dite de traitement, qui exige une juste réparation, persiste-t-elle un temps plus ou moins long, et en dehors de toute préoccupation d'indemnisation, une fois le traitement terminé, c'est-à-dire une fois que la cause qui l'a engendrée a disparu, ou bien, si elle persiste au delà d'une courte période d'adaptation, garde-t-elle son caractère propre ou dégénère-t-elle insensiblement en sinistrose ?

Jusqu'ici, les Tribunaux et la Commission des pensions militaires, paraissaient admettre la première alternative.

Un malade, déprimé moralement ou présentant un état psychique anormal à la suite d'un traitement, recevait une indemnité jusqu'au jour où il avait retrouvé son équilibre.

Me basant sur l'observation de ce fait que, chez les malades non assurés, on constate, *pour ainsi dire toujours*, la cessation immédiate des troubles psychiques engendrés « réellement » par un traitement, aussitôt celui-ci terminé, je me suis demandé si leur persistance, chez les assurés, ne provenait pas d'une autre cause, et si elle n'était pas, en somme, la preuve que ces troubles avaient changé de nature et de but.

On conçoit en effet avec peine, qu'un tuberculeux, par exemple, déprimé par un long séjour dans un sanatorium, ne retrouve pas un état psychique normal, toutes autres causes étant exclues, aussitôt qu'on lui dit qu'il n'a plus besoin d'être soigné, qu'il est guéri et qu'il peut rentrer dans la vie courante. On conçoit non moins difficilement, qu'un malade, ayant subi un traitement chirurgical ou autre, prolongé ou douloureux, et devenu craintif ou anxieux « uniquement à cause de cela », ne retrouve pas d'emblée la joie, la gaieté ou la tranquillité d'esprit, dès que ce traitement cesse. En général, on voit même succéder à l'état de dépression ou de crainte, une réaction en sens contraire au moment où l'intéressé se sent débarrassé du poids que son esprit supportait.

Si, étant assuré, il continue à présenter des phénomènes psychiques spéciaux, n'est-ce pas pour un tout autre motif, dans lequel la revendication d'une indemnité prend la prépondérance ? La chose est d'importance, car, si l'indemnité due pour une névrose dite de traitement se confond, pendant toute la durée de celui-ci avec l'indemnité journalière de chômage, elle pourrait, si sa persistance est prouvée après la cessation de sa cause, justifier une indemnité au moins passagère, en capital unique ou en rente.

Ayant pris une grande part au changement de la jurisprudence des tribunaux et notamment du Tribunal fédéral des assurances, en matière de sinistrose, je me suis rendu compte que cette partie de la question demeurerait obscure.

J'ai engagé Monsieur Cuendet à tenter de la débrouiller.

La chose n'était pas facile, car la confusion la plus grande règne dans ce domaine et les documents sur lesquels doit se baser une étude de ce genre ne brillent pas par la clarté, même lorsqu'ils émanent des spécialistes les plus compétents.

Monsieur Cuendet s'est acquitté de sa tâche avec zèle et conscience. Son travail servira de point de départ à d'autres études qui, il faut l'espérer, finiront par solutionner le problème.

Genève, juin 1928.

Professeur JULLIARD.



INTRODUCTION

Devant l'importance croissante que prend, depuis quelques années en médecine des accidents, la *névrose dite « des assurances »*, il nous a paru intéressant de rechercher le rôle que pouvait jouer, dans son cadre, ce que l'on a voulu appeler « *névrose de traitement* ».

Nous n'avons pas la prétention de l'étudier au point de vue psychologique ou mental, mais principalement au point de vue de la médecine des accidents et des assurances. C'est du reste presque exclusivement dans ce domaine qu'elle est connue sous cette appellation et qu'elle suscite quelque intérêt.

Dans cette thèse, nous avons essayé d'esquisser le tableau clinique de cette névrose d'après les bribes recueillies çà et là et aussi d'après le raisonnement, nous mettant comme à la place du sinistré qui redoute un traitement ou n'en est pas satisfait.

C'est d'après cette esquisse que nous avons recherché dans les observations à notre portée les cas pouvant y prendre place. L'histoire de la névrose de traitement n'a pas un passé bien long et c'est à peine si l'on rencontre son nom dans certaines revues médicales de ces trois ou quatre dernières années. Dans la littérature médicale, rien n'a été publié à notre connaissance sur ce sujet, bien que dans les questions de liquidation de névrose, elle soit assez souvent prise en considération.

Dans le procès-verbal de la *Conférence de médecins et de représentants des administrations fédérales tenue les 31 mars et 1^{er} avril 1925 à Berne*, il est fait mention de la névrose « provenant du traitement médical » et des cas où elle peut se présenter.

Nous avons entrepris l'étude de cette névrose :

Premièrement pour tâcher de préciser ce terme et de bien le définir.

Deuxièmement pour voir si vraiment elle existe après un traitement et quelle en est la fréquence.

Troisièmement pour examiner son rôle dans l'évaluation des prestations d'assurance et pour en combattre les trop fréquents abus qui ne peuvent que l'encourager.

Dans ce but nous nous sommes assuré le concours de la *Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents* (S. U. V. A. L.) qui a mis très obligeamment à notre disposition les dossiers nous intéressant spécialement; qu'elle veuille accepter l'expression de notre vive reconnaissance, ainsi que l'Agence de Genève qui nous a très gracieusement accueilli dans ses bureaux.

Nous avons examiné 268 dossiers de névrose se répartissant sur les années 1918 à 1926 y compris.

De 1923 à 1926, 159 cas de névrose ont été enregistrés par la S. U. V. A. L., ce qui constitue pour ces quatre années un matériel complet.

Nous avons recherché dans tous ces dossiers qui comprenaient aussi bien les cas de névrose post-traumatique que les cas de sinistrose, ceux où le traitement paraissait avoir eu dans le développement de la névrose une influence plus ou moins marquée. Cette recherche présentait certaines difficultés, car il était souvent impossible d'affirmer que dans tel cas le traitement était en cause ou non, d'autant plus que mainte observation n'était pas explicite sur ce point.

Cela se comprend, car le médecin traitant aura quelque répugnance à mettre une névrose à la charge de son traitement.

Il s'agissait donc de juger soi-même chaque cas d'après les rapports médicaux et d'en tirer une conclusion.

Pour compléter l'étude de ce sujet, nous avons aussi utilisé quelques dossiers de névrose ayant passé au *Tribunal fédéral des assurances* pour un règlement.

Cela nous a permis de nous rendre compte de la jurisprudence du Tribunal dans des cas très difficiles à débrouiller et qui finissent souvent par des procès.

Nous avons beaucoup regretté pour notre documentation de ne pouvoir nous servir des nombreuses observations de névroses réunies par l'*Assurance militaire*. Certes elles auraient été des plus intéressantes et utiles pour nous guider dans nos recherches,

mais malheureusement les dossiers de l'*Assurance militaire* ne sont pas classés dans ce but.

Pour un grand nombre de dossiers examinés, nous avons pu faire état de l'appréciation de médecins spécialistes dans des rapports très détaillés; il nous a pourtant semblé indispensable de faire appel aux lumières et à la compétence de neurologues distingués.

Grâce à eux, il nous a été possible de comparer les recherches faites chez des assurés avec celles de la clientèle non assurée; ce qui offre un grand intérêt, étant donné que les questions de prestations d'assurances qui jouent un si grand rôle de nos jours, peuvent être totalement écartées chez les non assurés. Que MM. les professeurs Long et Naville, MM. les docteurs Flournoy et de Saussure veuillent accepter l'expression de notre profonde gratitude pour leurs précieuses indications.

NÉVROSE DE TRAITEMENT

Définition de cette névrose.

En médecine des accidents, on peut classer les névroses en trois catégories bien distinctes les unes des autres, mais qui très souvent dans la pratique se trouvent étroitement combinées.

Ce sont : 1° la *névrose émotionnelle ou post-traumatique vraie (posttraumatique Neurose)*.

2° la *névrose d'assurance, dite encore d'appétition, de revendication ou sinistrose (Begehrungsneurose)*.

3° la *névrose provenant uniquement du traitement médical ou plus simplement névrose de traitement (Behandlungsneurose)*.

Les limites de ces trois catégories de névrose ne sont pas infranchissables et il est souvent très délicat de saisir les causes qui sont à la base de cette différenciation.

Nous nous occuperons presque uniquement de la névrose de traitement, les deux autres catégories ayant donné lieu à de nombreux travaux et étant en somme bien connues.

La *névrose de traitement* est un syndrome névro-psycho-morbide, un déséquilibre mental caractérisé avant tout par des idées obsédantes relatives à un traitement médical ou chirurgical angoissant ou à l'appréhension journalière du traitement en cours et de ses conséquences.

Une certaine crainte à la perspective d'une intervention chirurgicale ou d'une cure prolongée se comprend très bien, mais pour qu'il y ait une vraie perturbation mentale, il faut un terrain prédisposé et le plus souvent d'autres causes adjuvantes ; nous y reviendrons ; mais, cela dit en passant, on a tendance à exagérer l'influence de la prédisposition pour diminuer la responsabilité d'un sinistrosé. En fait, on est prédisposé à toutes choses et personne n'aura l'idée de diminuer la valeur d'un acte d'héroïsme, parce que le sujet serait « prédisposé au courage. »

Malgré tout, la prédisposition joue un certain rôle dans l'écllosion d'une névrose :

Prédisposition héréditaire (débiles mentaux).

Prédisposition acquise pendant la jeunesse par une mauvaise éducation ou par des chocs nerveux successifs.

La race y est aussi pour quelque chose. Comme on l'a fait souvent remarquer, c'est chez les Italiens que la névrose est la plus fréquente et, sans parler de race, chez les célibataires.

Dans la sinistrose, c'est la revendication, l'idée fixe d'indemnisation qui devient la base étiologique de la maladie.

Dans la névrose de traitement par contre, c'est le traitement qui est pris à tort ou à raison dans l'idée du malade comme agent responsable de son état corporel et des troubles subjectifs qui s'y ajoutent.

Un simple exemple fera mieux comprendre ce que l'on entend par là, mais cette névrose ne se rencontre ordinairement que dans des cas longs et compliqués.

Un malade est traité par des piqûres de cacodylate. Il redoute ces piqûres fréquentes. Une nuit, il ne peut dormir pour une raison ou pour une autre. Le lendemain déjà, il déclare au médecin : « Votre piqûre d'hier m'a empêché de dormir, m'a produit de violents maux de tête, etc. »

Il reporte sur le traitement une manifestation provenant de son état affectif et anxieux constamment refoulé sur lui-même. Il interprète, et rapporte son état maladif au traitement ou à l'accident au lieu de le rapporter à sa mentalité débile.

La symptomatologie.

Les symptômes courants de la névrose de traitement sont sensiblement les mêmes que ceux de la sinistrose ou de la névrose traumatique.

Naturellement l'apparition de ces symptômes n'est pas rapide ; il faut un certain temps pour que l'idée fixe gravitant autour du traitement amène un déséquilibre plus ou moins prononcé du psychisme de l'individu.

C'est à force d'y penser et de reporter constamment sur lui-même son affectivité — qu'il ne peut répandre librement sur d'autres personnes ou d'autres objets — que l'assuré finit par troubler son équilibre mental.

Bien entendu, suivant les réactions personnelles du malade, sa névrose revêtira diverses formes : la plus fréquente est un *état de grande anxiété*, anxiété pour le présent et plus encore pour l'avenir, soit en ce qui le concerne directement, soit en ce qui concerne les siens.

La deuxième forme atteint plus rarement ces névrosés ; c'est une *dépression*, un désintéressement de tout ce qui les touche de près ou de loin : plus aucun ressort psychique, plus de courage pour lutter. Cela vers la fin d'un long traitement — une cure de bain parfois, une cure d'altitude fréquemment — dans lequel le malade avait placé tous ses espoirs de guérison et qui n'a pas porté les fruits escomptés : déception suivie de près par la dépression.

Combien souvent ces malades rendent responsable un traitement qui n'y peut rien, si la maladie doit suivre son cours et prend le dessus.

L'excitation est aussi une forme qui peut se rencontrer ; elle s'accompagne alors ordinairement d'agitation et d'une irritabilité excessive ; le sinistré, reprochant telle ou telle chose à son traitement, se trouve dans un état nerveux qui l'empêche de reprendre le travail. Il déclare que s'il avait été traité autrement, il serait déjà guéri ou irait beaucoup mieux.

Le cours de la maladie peut se diviser en trois périodes :

Une période préparatoire, d'incubation pour ainsi dire.

Une période d'état.

Une période de rémission.

La période préparatoire peut durer bien des semaines pendant lesquelles le malade s'achemine graduellement vers sa névrose. Les premiers symptômes se dessinent et l'esprit du malade s'ancre de plus en plus dans les mêmes obsessions. Il est persuadé que c'est son traitement qui l'a placé dans cet état d'infériorité physique et il finit par se croire et se rendre beaucoup

plus malade qu'il n'est en réalité; il entrevoit aussi des complications. Ce trouble psychique, s'il n'est pas combattu énergiquement par le médecin ou par l'entourage, s'aggrave et la névrose est constituée. Mais presque toujours derrière ces symptômes naissants, on retrouve l'idée fixe de l'indemnité qui, dans l'esprit du malade, devrait être plus élevée et correspondre aux maux endurés.

Pendant la période d'état. nous avons un tableau assez complexe avec des symptômes plus ou moins variés suivant les individus. D'après nos constatations, cette période a toujours lieu au cours du traitement, très rarement après celui-ci.

Les troubles intellectuels les plus fréquents sont les suivants :

Un engourdissement de la pensée.

Une imprécision dans les souvenirs.

Une perversion de la volonté se traduisant par une obstination à ne faire aucun effort pour reprendre le travail : volonté accaparée par de multiples plaintes et par des récriminations. Cette mauvaise volonté remplace à la longue les bonnes résolutions et dispositions du début, qui vers l'approche de la guérison et pendant la convalescence s'affaiblissent ordinairement beaucoup; c'est à ce moment que l'influence du médecin est des plus nécessaires pour abréger la durée de la convalescence que souvent l'ouvrier ne pense qu'à prolonger, étant payé sans travailler.

Symptômes subjectifs :

Perte de force et d'appétit,

Insomnies, palpitations et légers tremblements,

Céphalées, bourdonnements d'oreille,

Etourdissements, vertiges et malaises souvent imaginaires et dont il est parfois facile de découvrir l'irréalité,

Douleurs vagues ou sensations douloureuses aux endroits traumatisés.

Objectivement rien de positif.

En plus, préoccupations constantes du traitement auxquelles s'ajoutent souvent des inquiétudes morales sur la profession ou sur les siens.

Le malade se dit incapable de reprendre son travail, plus par manque de volonté et de courage que par perte d'habitude ou de force physique.

Cette période cesse d'habitude rapidement à la fin du traitement, à condition que celui-ci soit réellement la cause du trouble mental. Mais avant que l'équilibre psychique soit complètement rétabli, il faut de quelques jours à une ou deux semaines : convalescence qui formera notre **troisième période ou période de rémission**.

Tout rentre graduellement en ordre et les symptômes disparaissent les uns après les autres sans laisser de traces.

Mais il arrive aussi que cette névrose apparaisse à la suite d'un traitement par la grande déception succédant à celui-ci en considérant ses résultats ou ses effets : anus contre nature, par exemple, ou cicatrices par un traitement maladroit.

Le malade rejette alors avec ou sans raison ces conséquences sur le traitement : il pourrait aussi justement les mettre au compte de l'affection elle-même.

Causes de cette névrose.

Les causes de cette névrose sont assez variées. Mais ordinairement un facteur étiologique ne suffit pas à lui seul pour engendrer un état névrotique.

A la base de chaque névrose, il y a un état *psychique amoindri* ou *affaibli* en plus de divers facteurs dont les effets viennent se compléter et s'ajouter les uns aux autres.

On ne saurait nier l'influence énorme que joue sur l'état mental d'un individu un *traitement de très longue haleine ou particulièrement douloureux*, parfois à un tel point que le malade perd la notion, le contrôle de sa volonté et de ses capacités. Avec le concours des circonstances dans lesquelles se trouvent en ce moment-là le malade, la névrose peut s'établir dans un délai très court. Mais à notre point de vue, la névrose de traitement ne peut être occasionnée que rarement par le traitement seul. Ce dernier n'est pas d'habitude un choc psychique suffisant pour engendrer ces

troubles sans l'aide d'un ou deux facteurs que nous appellerons « *causes adjuvantes* ». Celles qui sont le plus souvent mises à contribution sont :

Les effets ou les conséquences directes de l'affection,

Les questions d'indemnisation et de dommages subis.

Les influences extérieures et les causes d'ordre moral : le milieu dans lequel vit le malade et les influences qu'il subira forcément de sa famille, de ses amis et de ses voisins de lit ; les conseils qui lui seront donnés par son avocat ou par d'autres personnes bien intentionnées ; les difficultés pécuniaires et professionnelles s'ajouteront aussi souvent à ces autres causes.

Voyons en somme par quel mécanisme psychique toutes ces causes agissent sur la formation de cette névrose.

C'est la crainte, l'anxiété qui sont à sa base : peur du traitement, appréhension de ses conséquences, idées d'infériorité, de dépendance et de doute.

Revenons aux causes issues directement du traitement.

La longueur du traitement joue un rôle de premier ordre. Chacun connaît le rôle déprimant des cures de sanatorium ou parfois des cures de bain. Chez le tuberculeux on ne peut pas vraiment parler de névrose de traitement, car c'est en somme la nature de la maladie qui est déconcertante et le traitement ne fait qu'aggraver le mal déjà produit. C'est le diagnostic posé qui fait entrevoir au malade une cure prolongée et une guérison tardive.

Un traitement particulièrement douloureux — comme des sondages uréthraux (chez l'homme) qui doivent se répéter journellement ou des pansements de plaies avec drains — finit par agir considérablement sur le psychisme et peut le désaxer même.

La perspective d'une intervention opératoire, de la pose d'un appareil a aussi son importance.

Combien de *traitements intempestifs, de soins ou de cures jugés inutiles ou inefficaces par le malade*, contribuent à aggraver les symptômes névropathiques naissants.

Si d'un côté le médecin n'est nullement responsable de la marche et de l'évolution de la maladie, de l'autre il est souvent responsable de son traitement. Il doit en imposer assez à son client pour que celui-ci ait une pleine confiance en ses soins.

Le médecin ne doit pas non plus profiter de ce que son patient soit assuré pour prolonger inutilement son traitement ou pour lui proposer un traitement secondaire qui ancre de plus en plus les idées du sinistré dans sa maladie ou dans les suites d'un accident. Personne ne niera non plus l'influence néfaste des *examens trop fréquemment répétés, des expertises de toutes sortes (radiographies, etc.)* qui persuadent l'individu que son cas est tout spécial et en vaut la peine, puisque on le retourne de tous les côtés. D'une façon générale, le malade aime qu'on s'occupe de lui, qu'on le soigne avec intérêt ; il y est sensible, mais il ne faut pas exagérer non plus, car il pourrait aussi se sentir appuyé pour des maux sans gravité.

Une séance d'électrothérapie, par exemple, pourra être excellente pour certaines personnes ; pour les autres elle provoquera une émotion, un choc psychique qui, fréquemment répétés ne tarderont pas à porter leurs fruits. Bien d'autres petits détails faciliteront l'éclosion de cette névrose : *l'avis divergent des médecins, les hésitations dans le traitement, le manque de confiance dans un traitement ordonné, erreur réelle ou supposée de celui-ci, traitement non entrepris, etc.* La manière dont on s'est préoccupé de son cas ou dont on l'a traité, les *frottements avec l'assurance* agissent aussi sur le moral des malades souvent plus qu'on le supposerait.

Certains traitements par la suggestion qu'ils exercent, agiront beaucoup plus que d'autres soit en bien soit en mal. La radiothérapie par exemple sera accusée fréquemment de toutes sortes de maux et ses bons effets ne seront pas reconnus ; par contre, le contraire peut aussi se rencontrer chez d'autres malades.

Cette névrose peut s'organiser de deux façons différentes :

1. *Le malade met en cause le traitement* ; il lui reproche quelque chose, même s'il n'y a rien à lui reprocher. Il arrive aussi qu'il se retranche derrière le traitement pour obtenir une indemnité ; la vraie cause est alors l'appétition.

2. *Le traitement est une des causes de la névrose*, sans que le malade lui attribue la responsabilité de ses troubles psychiques (traitement long, mécanothérapie).

Voici quelques exemples de névrose qui nous ont paru intéressants à citer, mais difficiles à débrouiller, pour dépister la vraie source du mal.

Arrêt du 21 avril 1927.**Dossier fourni par le Tribunal fédéral des assurances
à Lucerne. M 262 26.**

En cause E. M., né en 1905, mécanicien, fusilier inf. mont. Cp. I/72, Zurichois, plaignant, représenté par M^e A., avocat à Lucerne, contre Assurance militaire.

M. fut évacué de son école de recrues le 27 février 1926 sur l'hôpital de Bellinzone à cause d'une bronchite chronique et d'un soupçon de tuberculose pulmonaire. Le 11 mars 1926 l'Assurance militaire lui fait savoir qu'elle ne peut reconnaître son cas, car déjà au début de février, c'est-à-dire avant son entrée au service, il aurait été traité pour toux et bronchite à la polyclinique de Zurich.

A la visite sanitaire d'entrée, il ne s'est pas annoncé comme malade bien qu'il ait dû savoir qu'il n'était pas bien portant. Et maintenant il tâcherait de mettre au compte de ces quelques jours de service accomplis une aggravation de son mal acquis avant son entrée en service, cela encore à cause de son manque d'observation des ordres de service.

L'Assurance militaire se borne donc à prendre à sa charge les frais de traitement à l'hôpital de Bellinzone du 27 février au 11 mars 1926.

Dès le 12 mars elle considéra le cas comme liquidé. M. quitte donc l'hôpital, amélioré; il reprend son service, mais doit passer de nouveau 5 jours à l'infirmerie pour bronchite et influenza.

Il est alors envoyé dans une clinique pour un examen radiologique et l'on constate une ombre qui dépend d'une tuberculose fibreuse évoluant lentement. Le radiologue ne voit point de rapport entre les quelques jours de service et le foyer tuberculeux décelé et déclare que l'aggravation du mal par le service n'entre pas en ligne de compte. Il propose de le faire passer devant une commission sanitaire et de le placer dans un établissement de convalescents à Zoug.

Quelques jours après l'Assurance militaire avise l'établissement qu'elle refuse de payer à partir de ce jour; elle informe aussi son client qu'elle cesse toute prestation. Mais M. reste encore

quelques jours dans l'établissement et en sort une dizaine de jours après, guéri de sa bronchite et de son influenza. Selon le rapport médical de sortie l'état pulmonaire est resté stationnaire, sans aggravation et le médecin conclut que le service militaire fait récemment n'a pas influencé défavorablement la lésion pulmonaire tuberculeuse.

L'Assurance militaire prend à sa charge tous les frais hospitaliers jusqu'à la sortie de son client. Une semaine après il est réexaminé à Berne par un professeur qui « ne trouve aucun signe certain d'affection pulmonaire; il ne s'agit que d'une trachéite et l'homme peut rentrer à la maison sans scrupules. Il est, à mon avis, capable de travailler, un traitement particulier ne paraît pas nécessaire ».

Entre temps l'avocat du plaignant avait recouru au Tribunal fédéral des assurances à cause de la décision de l'Assurance militaire qui ne voulait prendre à sa charge le traitement de son client que jusqu'à sa sortie de l'établissement de Zoug. L'Assurance militaire proposa au Tribunal fédéral des assurances d'écarter la requête. Sur la proposition de l'avocat, le recours fut remis à la fin du service militaire que devait faire M. à ce moment. A cette école M. ne s'annonça qu'une seule fois au médecin pour des douleurs musculaires. Il reçut l'ordre de se présenter à une visite sanitaire de contrôle à Zurich où il fut congédié par mesure de précaution pour bronchite chronique avec aggravation aiguë.

Le représentant de l'appelant demanda que M. soit recueilli dans un sanatorium pour guérir complètement la maladie qu'il avait contractée au cours de son service militaire et que l'Assurance militaire l'indemnisât dans ce sens. Cette requête fut précisée sur la demande du juge d'instruction : L'appelant devait recevoir une indemnité-maladie dès le jour du début de son hospitalisation, et tous les droits de l'appelant devaient être réservés à l'égard d'un préjudice durable qui se révélerait éventuellement dans la suite; en plus l'Assurance devait être condamnée aux frais.

A l'occasion de son audience personnelle M. modifia sa demande en réclamant qu'il lui soit payé dès le début une indemnité pour maladie ainsi que la moitié seulement de l'in-

demnité-maladie pour toute la durée de son hospitalisation en tant que célibataire sans charges de famille. A la même occasion l'Assurance militaire demanda que l'appelant fut soumis à l'expertise du professeur L. de Zurich, procédure que l'appelant accepta.

La procédure ayant été complétée, le professeur L. déposa son expertise basée sur toutes les pièces du procès, sur ses propres enquêtes et observations et sur son examen du patient.

Il arriva aux conclusions suivantes :

« Il convient absolument d'exclure l'existence d'une tuberculose pulmonaire active à l'époque. On devrait également pouvoir certifier l'inexistence d'une tuberculose qui aurait existé au commencement de l'année 1926 et qui serait actuellement guérie. M. est constitutionnellement enclin, plus que l'homme normal, à des affections catarrho-bronchiales. C'est ainsi qu'il tomba malade au service militaire — chaque fois peu après son recrutement — et souffrit de bronchites aiguës et même subaiguës qui furent toujours complètement guéries par le traitement.

« Au moment où, pendant sa deuxième école de recrues, on lui diagnostiqua une tuberculose pulmonaire, une grave névrose se déclara, névrose dont le symptôme le plus important consistait à l'époque en une toux d'intensité croissante.

« L'individu qui était enclin de par sa nature à la névrose, mais qui était, avant le service militaire, tout à fait apte au travail est actuellement, depuis sa réforme définitive, atteint d'une sinistrose intensive et d'une *névrose dite de traitement*. C'est pour cette raison que pendant des mois il n'a pas du tout travaillé ou qu'il n'est resté que peu de temps dans le même emploi.

« M. eut une bronchite subaiguë, pendant l'école de recrues 1/5 à Bellinzzone. Il s'agissait non d'une maladie contractée avant le service, mais bien d'une maladie provenant du service. Cette maladie était guérie à sa sortie de l'hôpital de Bellinzzone.

« Durant l'école de recrues d'infanterie 11/5 à Zoug, M. souffrit de nouveau d'une affection catarrhale subaiguë des bronches. Comme à la même école il y avait un certain nombre d'autres soldats présentant les mêmes symptômes, il s'est probablement

» agi alors d'une bronchite grippale. La maladie ne datait pas
 » d'avant le service, mais débuta au cours du service. Cette affec-
 » tion était guérie au moment où M. quitta la quarantaine de
 » Zoug.

» M. eut également une bronchite catarrhale à Airolo au cours
 » de l'école de recrues d'infanterie de montagne 4/5; ici aussi il
 » ne s'agissait pas d'une maladie contractée avant le service, mais
 » bien d'une affection qui s'était déclarée pendant le service. On
 » ne se trouve pas en présence d'une influence défavorable sur
 » une maladie contractée avant le service ou au cours d'un ser-
 » vice antérieur. La bronchite était guérie à la fin du service. Par
 » contre une *névrose* se développa avec le temps, causée :

» 1. *Par l'apparition répétée d'une bronchite au cours de trois
 » services successifs ;*

» 2. *Plus particulièrement par le fait que M. avait été déclaré
 » tuberculeux à l'occasion de la deuxième bronchite.*

» 3. *Par le fait que, se sachant malade de la poitrine, M. fut
 » convoqué une troisième fois pour une école de recrues, pendant
 » laquelle une fois de plus, il contracta une affection des voies res-
 » piratoires.*

» Après sa sortie de l'hôpital de Bellinzone, M. avait de nou-
 » veau sa capacité de travail et son état de santé ne nécessitait
 » aucun traitement. Plus tard, il était sorti de l'hôpital de Zoug
 » guéri. Aucun traitement ultérieur ne s'imposait donc en ce qui
 » concernait les poumons. Par contre une *névrose* se déclara et
 » prit une importance de premier ordre. M. fut réformé par
 » mesure préventive, sa *névrose* n'en prit que des proportions
 » plus grandes.

» Depuis le jour de sa réforme jusqu'à ce jour, M. aurait eu
 » sa pleine capacité de travail pour autant qu'il ne s'agit que de
 » son état de santé, qui ne nécessitait aucun traitement somatique
 » quelconque. Mais il se sentait incapable de travailler par suite
 » de la *névrose*; ses essais pour trouver une position stable se
 » sont révélés infructueux certainement à la suite de son trouble
 » *névrotique*, vraisemblablement aussi, à la suite de son maintien
 » de *névrosé*. Il n'était en fait que partiellement capable de tra-
 » vailler, à raison de 50 % environ; la *névrose* aurait nécessité

» un traitement et en l'espèce, la situation du patient vis-à-vis de
 » l'Assurance militaire aurait dû être réglée plus vite.

» M. est aujourd'hui corporellement sain ; il souffre par contre
 » d'une névrose surajoutée qui doit être qualifiée de sinistrose
 » compliquée de *névrose de traitement* : ceci pour la raison que
 » M. a été déclaré tuberculeux au cours des examens qu'il a subis
 » et, qu'à la suite de ces indications et de son état subjectif, il
 » estime qu'il a subi un grave préjudice par ses services mili-
 » taires et a été menacé dans son existence. Ce n'est pas le ser-
 » vice militaire comme tel, mais bien le traitement et l'apprécia-
 » tion dont il a été l'objet à l'occasion de ses bronchites répétées
 » au cours de ses services qui ont certainement déclenché la
 » névrose. La maladie n'a pas été défavorablement influencée par
 » des facteurs intervenus après le service. La toux est une toux
 » psychique déterminée et qui provoque une excitation continue
 » de la trachée. La névrose disparaîtra probablement si la situa-
 » tion du patient vis-à-vis de l'Assurance est définitivement réglée.

» Un traitement corporel n'est pas indiqué.

» La névrose réduit actuellement, à n'en pas douter, la capacité
 » de travail à un certain degré parce que M. a perdu l'habitude
 » d'un travail continu. Il devrait par conséquent lui être accordé
 » une rente d'adaptation de courte durée de 30 % d'incapacité de
 » travail durant un mois, et 15 % durant le second mois.»

S'appuyant sur cette expertise, l'Assurance militaire se déclare d'accord quant à l'indemnité-maladie — les frais d'hôpital ayant déjà été payés par elle — mais elle décline toute responsabilité en ce qui concerne la névrose.

Dans une expertise complémentaire réclamée par le juge d'instruction, le professeur L. de Zurich maintient le point de vue d'après lequel il s'agissait chez M. d'une *névrose de traitement* qui tirait son origine des mesures médicales et plus exactement d'un examen médical fait en cours de service. En ce qui concerne l'incapacité de travail à la suite de la névrose, il lui paraissait maintenant que 50 % calculé originairement pour 6 mois était un chiffre trop considérable et il réclamait en conséquence de réduire ce montant à 30 %, mais de calculer la rente d'adapta-

tion comme il l'avait primitivement proposé (30 % pour le premier mois, 15 % pour le second mois).

L'Assurance militaire déclara une fois de plus décliner toute responsabilité pour la névrose de l'appelant.

Le Tribunal fédéral des assurances considérant :

Que d'après la première reconnaissance partielle de l'Assurance militaire demeurent contestés les points suivants de la demande :

- a) paiement d'une indemnité-maladie pour les quelques jours après la sortie de l'hôpital de Bellinzone ;
- b) l'obtention d'une cure dans un sanatorium et le paiement d'une indemnité d'hôpital jusqu'au commencement de cette cure en plus de l'indemnité-maladie correspondante ;

Qu'il résulte de l'expertise précise et déterminante du professeur L. — expertise soumise à l'appelant, mais dont celui-ci n'a en aucune façon contesté la valeur ainsi que l'expertise complémentaire récente — que l'appelant doit considérer avoir été dans une incapacité partielle de travail à la suite de la névrose dont il souffrait à ce moment alors que les maladies apparues en cours de service (bronchites) s'étaient révélées chaque fois guéries à sa sortie de l'hôpital,

Que l'appelant ne saurait donc réclamer une indemnité-maladie pour les quelques jours suivant sa sortie de l'hôpital de Bellinzone, cette indemnité ne pouvant être considérée légalement que comme l'indemnisation du manque à gagner résultant de son incapacité de travail,

Qu'il ne saurait être question d'une cure dans un sanatorium puisqu'on ne se trouve pas en présence d'une maladie des poumons,

Qu'il résulte de l'expertise du professeur L. que la névrose subsistante de M. ne nécessite en aucune façon un traitement médical,

Qu'il ne saurait dès lors lui être réclaté un traitement hospitalier, ni une indemnité pour frais d'hôpital,

Que le seul traitement convenant à la névrose dont il s'agit consiste dans la liquidation aussi rapide que possible de cette procédure,

Que cette liquidation ne peut d'ailleurs consister que dans le rejet définitif de la demande ou dans le paiement de l'indemnité, conformément à l'article 38 de la loi sur l'Assurance militaire de 1914,

Que le paiement d'une indemnité-maladie pour l'époque postérieure à l'apparition de sa névrose ne saurait être envisagé,

Qu'une demande d'indemnité basée sur l'article 38 de la loi sur l'Assurance militaire de 1914 n'a pas été faite dans la présente instance,

Que celle-ci devrait d'ailleurs être examinée en première instance d'abord par la Commission des pensions (cf. décision du Tribunal fédéral des assurances du 9 juin 1921),

Prononce :

1. L'appel est rejeté pour autant que l'Assurance militaire n'a pas reconnu devoir les prestations; tous les droits de l'appelant demeurent réservés en ce qui concerne sa névrose.
2. Les frais de tribunal sont mis à la charge de l'Etat.
3. Le jugement sera signifié au représentant de l'appelant et à l'Assurance militaire.

Lucerne, le 21 avril 1927.

Résumé du cas O. J., 1919. électricien.

Accident survenu le 10 avril 1919, annoncé le 11 avril, contusion de la main droite à la suite d'un fort choc produit par la chute brusque de l'extrémité d'un câble.

Première constatation médicale (11 avril).

Contusion de la face dorsale de la main droite, gonflement oedémateux du dos de la main, contusion osseuse du métacarpe, plaie contuse de la face dorsale de l'annulaire droit; douleurs à la pression de cette main. Ces lésions sont la conséquence directe de l'accident du 10 avril. Durée présumée de l'incapacité de travail: 15 à 20 jours d'incapacité totale. Bon état psychique du blessé.

Traitement: pansements humides, massages. Le blessé ne doit pas garder le lit, n'est pas hospitalisé.

Rapport médical du 24 mai 1919:

Le blessé se plaint encore de vives douleurs dans le dos de sa main droite.

Constatation médicale : gonflement douloureux des 3^{me} et 4^{me} métacarpiens. Traitement ambulatoire : pansements, massages. Même traitement prévu durant 3 semaines; marche lente de la guérison. Complication prévue : fracture du 4^{me} métacarpien.

Le sinistré n'est pas capable de reprendre le travail. Epoque présumée de la guérison : 3 à 4 semaines. Faire une radiographie et une expertise.

Résultat de la radiographie de la main : fracture douteuse du 4^{me} métacarpien.

Le 3 juillet 1919, le sinistré reprend partiellement son travail (50 %), mais la guérison n'est pas encore complète, il persiste une tuméfaction au niveau du 4^{me} métacarpien.

Le 1^{er} août 1919, on propose une *intervention chirurgicale* pour cal volumineux et sensible du 4^{me} métacarpien fracturé et pour tuméfaction douloureuse du tendon et de sa gaine.

L'opération ne donne pas un bon résultat, interruption du travail pendant 15 jours.

On conseille au blessé une *nouvelle intervention*, une résection sanglante des tissus épaissis au niveau du 4^{me} métacarpien; car il est incapable de travailler normalement avec cette main.

Opération le 27 août : extirpation des masses indurées et pansement. Bon résultat, car les douleurs ont disparu au dos de la main et les fonctions sont meilleures.

Mais malheureusement on constate quelques semaines après comme suite opératoire une anesthésie cutanée de l'annulaire et de la face dorsale de la main dans sa moitié cubitale.

Le 20 octobre, on constate une forte irritation autour de la cicatrice opératoire avec légère suppuration; vives douleurs du côté radial de la cicatrice et anesthésie persistante de l'annulaire. Le blessé ne peut plus travailler, il est traité par des compresses humides et des pansements antiseptiques et par le repos.

Nouvelle opération en perspective.

Le 11 décembre les suites opératoires se font encore sentir, douleurs et gonflement au niveau du dos de la main, la suppuration a duré bien des semaines.

Troisième intervention chirurgicale, le 7 janvier 1920 :

Extirpation de la cicatrice, suivie d'une légère infection surajoutée, suppuration tenace malgré un drainage soigné.

Essais de rayons à la lampe de quartz en février 1920 après un nouveau drainage à la suite de la nécrose du tendon de l'extenseur de l'annulaire.

Amélioration, disparition des douleurs et élimination du tendon nécrosé.

Nouvelles applications de rayons à la lampe de quartz en mars. Les plaies se cicatrisent et la suppuration tarit totalement. Traitement : exercices actifs, *électrisation* des muscles de l'avant-bras qui améliore progressivement la raideur.

Deux séances par semaine pendant un mois environ. Le sinistré accuse malgré tout encore des douleurs au niveau de sa main. Il est devenu très nerveux et irritable.

La nouvelle radiographie ne montre aucune lésion osseuse.

Le 16 avril 1920, les souffrances physiques constantes ont influencé son état moral.

Le blessé se pose les questions suivantes qui le poursuivent : Les médecins ne se sont-ils pas trompés dans leur traitement ? M'ont-ils donné les soins nécessaires ? Y a-t-il eu des négligences ? La longue durée de ce traitement ne provient-elle pas d'une erreur de diagnostic ?

Toutes ces interventions chirurgicales n'ont-elles pas contribué à l'impotence fonctionnelle actuelle ?

Expertise du 22 juin 1920 par un spécialiste :

Assuré dont l'état local a été profondément modifié par les opérations successives et chez lequel l'élément nerveux et psychique joue un grand rôle ; homme très sensible, sans tare psychique héréditaire.

La contusion du dos de la main droite paraissait sans gravité. A l'examen radiologique : fracture du 4^{me} métacarpien probable.

On constate maintenant :

Le membre supérieur droit présente un peu d'atrophie musculaire, cicatrice un peu au-dessus du poignet du côté dorsal et cubital. Altérations importantes sur le dos de la main : plaque d'induration ovalaire, pas d'oedème. Fonctions : le médius et l'an-

nulaire ne peuvent être étendus. Attitude habituelle de la main un peu fléchie sur le poignet. Anesthésie régionale dorsale du médus et de l'annulaire, hypoesthésie de toute la main.

Signes subjectifs : réactions très vives, plaintes illimitées ; les mouvements passifs des deux doigts atteints réveillent des douleurs formidables s'irradiant vers le bras et l'épaule.

Le sinistré se plaint en outre de céphalées, de vertiges, de troubles de la vue, de transpirations, de faiblesses dans les jambes, de sensibilité excessive au froid, d'inappétence et de grande émotivité. Il prétend avoir un sommeil agité et être incapable d'une attention soutenue et enfin avoir changé de caractère (dépression).

Plus un cas traîne en assurance, plus il est difficile de poser un diagnostic précis et de fixer les rapports de cause à effet. En ce qui concerne la névrose traumatique, il y a quelques cas exceptionnels où, à la suite de traumatisme sans signes objectifs et à symptômes locaux sans gravité, se manifestent des troubles nerveux que n'explique aucune lésion nerveuse décelable, mais il s'agit presque toujours de sujets prédisposés. Cette névrose a beaucoup diminué en faveur de la névrose des assurés.

Diagnostic : *névrose d'assurance*.

Conclusion : Lésion anatomique définitive constituée par la perte du tendon extenseur de l'annulaire. Cette perte ne rend pas le doigt inutile et ne justifie pas son ablation.

Remettre cet homme graduellement au travail après liquidation de son cas. Eviter les revisions et les examens fréquents. Tout traitement est maintenant inutile, car on est en présence d'une névrose qui s'explique par la durée du traitement, l'inaction prolongée qui en a été la conséquence et les soucis que se fait le malade au sujet de son affection et de son avenir ajoutés à une prédisposition individuelle.

La disproportion entre la lésion et les symptômes subjectifs parle bien en faveur d'une névrose ; les symptômes généraux n'ont apparu que depuis l'accident et principalement au cours du traitement. O. est donc atteint d'une névrose qui est venue compliquer l'impotence de sa main droite. Cette névrose est la consé-

quence de l'affection et retentit à son tour sur la lésion locale en exacerbant les symptômes subjectifs.

O. a droit à une rente, il faut lui redonner confiance en lui-même et c'est la reprise du travail qui chassera ses préoccupations déprimantes.

Le 11 août 1920, la suppuration continue accompagnée de vives douleurs; la guérison n'est pas complète.

Plaintes du sinistré: L'infirmité de ma main est la résultante du traitement qui m'a été infligé, des opérations subies.

Son entourage et ses patrons le soutiennent, ils ne veulent accepter pour lui seulement une rente, car il est incapable de travailler. Cette incapacité est la conséquence du traitement, lui répète-t-on de tout côté. Il est incapable de reprendre le travail dans cet état d'esprit.

Nouvelle hospitalisation pour guérir sa cicatrice qui suppure de nouveau, mais comment? L'entretenait-il?

A la sortie de l'hôpital, guérison de la plaie, mais mêmes plaintes subjectives sans rien d'objectif.

Pour en finir rachat de la rente par l'Assurance. Bon résultat.

Résumé du cas J. B., mécanicien, 52 ans, marié, N. 9838, 1927, 1.

Accident survenu au travail le 21. VII. 1927, à 14 heures.

B. doit quitter de suite son travail.

Constatation médicale: contusion du coude droit et des deux bras avec blessures cutanées en différents endroits et forte contusion de la poitrine. Gros oedème au niveau des deux coudes.

Impotence fonctionnelle considérable des deux bras.

Accident produit par la compression de l'arbre d'une perceuse.

Entre à l'hôpital pour une semaine environ et en sort le 1^{er} août; il continue un traitement consistant en massages et en kinésithérapie chez un médecin en ville.

Première expertise après un mois de traitement (1^{er} sept. 27).

Plaintes du blessé: fortes douleurs dans les avant-bras, le coude et le côté droits.

Constatations médicales: pas de signes objectifs quelconques, mais le blessé se déclare encore incapable de reprendre le tra-

vail, car il ressent encore trop de douleurs dans les membres supérieurs.

Le blessé fait l'impression d'un brave homme ne voulant pas profiter de l'assurance.

Le 13 septembre 1927, le sinistré se plaint encore de douleurs sur le trajet du médian, suite d'une lésion nerveuse par tiraillement.

Continuation du traitement : douches, massages, mécanothérapie ; durée probable du traitement : encore 8 à 10 jours.

Le 26 septembre 1927, reprise partielle du travail à 50 %.

Son travail n'est pas fait d'une façon normale, avec un plein rendement, même à 50 %.

Rapport médical intermédiaire du médecin traitant (28 sept.).

Amélioration très lente, pas de signes objectifs constatables, mêmes plaintes subjectives : douleurs, fatigue, se déclare toujours incapable de reprendre le travail à 100 %.

Traitement : massages quotidiens avec séance de mécanothérapie.

Deuxième expertise par un spécialiste (29 oct. 27).

L'état s'améliore, mais les sensations douloureuses dans les épaules subsistent comme dans les coudes et différentes régions des membres supérieurs ; léger amaigrissement, faiblesse générale, incapacité trouvée 50 %. Rien d'objectif, ni troubles trophiques, ni troubles de la sensibilité ; pas de symptômes neurologiques spéciaux motivant les douleurs. Homme paraissant sincère.

Rapport médical intermédiaire du 15 novembre 27.

Rien d'objectif, mais toujours les mêmes plaintes du sinistré ; traitement : massages, mécanothérapie et essai de quelques injections de néosalvarsan.

Nouvelle expertise par un spécialiste en novembre.

On ne trouve rien d'objectif et une capacité de travail de 50 %. On ordonne la reprise du travail toute la journée. Mais B. prétend être totalement incapable de faire une journée de travail même à production réduite. Il ne dort pas la nuit à cause de douleurs dans la nuque et ailleurs, par conséquent il ne peut travailler toute la journée. Manque de bonne volonté.

Dossier soumis au service médical de la société d'assurance (1^{er} déc.).

« B. n'a plus besoin d'aucun traitement médical à notre avis; le travail doit être repris complètement et rapidement et la liquidation du cas devrait se faire dans un laps de temps très court; ordonner la reprise du travail. »

Ici nous avons un exemple de névrose de traitement en formation, occasionnée spécialement par le traitement qui n'était pas indispensable, très prolongé et qui a fini par donner une grande importance à une petite blessure. Ce traitement a peut-être été d'une certaine utilité pour les lésions corporelles, mais il a été nuisible au point de vue psychique.

Diagnostic différentiel.

Distinction de la névrose de traitement d'avec la sinistrose.

L'une comme l'autre cesse très rapidement avec la cause principale l'ayant provoquée. Mais dans bien des cas le diagnostic est très délicat à poser et ce n'est parfois que par la façon dont on a obtenu la guérison que la vraie cause étiologique peut être décelée; les symptômes étant à peu près les mêmes.

Si la guérison a été rapidement obtenue après la liquidation du cas, soit par des prestations, soit par leur refus, nous avons à faire à une sinistrose. Si au contraire la guérison a été obtenue par la cessation du traitement, la névrose aura été une névrose de traitement, causée par le traitement et disparaissant avec lui.

Les symptômes de la névrose de revendication n'apparaissent souvent qu'au moment où se pose la question de la guérison et de la reprise du travail, moment où l'homme est voué à lui-même et à ses propres forces. Ils ne disparaissent souvent qu'au moment de la reprise réelle du travail.

Les symptômes de la névrose de traitement apparaissent au cours du traitement et doivent logiquement disparaître rapidement, si celui-ci a pris fin.

Distinction d'avec la névrose post-traumatique.

Cette névrose est en rapport direct avec le traumatisme et n'apparaît le plus souvent qu'au moment même de la reprise du travail et des occupations habituelles ou pendant les premiers jours de la convalescence.

C'est un état psychique résultant directement du traumatisme et où l'idée d'indemnisation ou de traitement ne joue aucun rôle.

La névrose de traitement au contraire se développe plus précocement pendant le cours du traitement, mais la distinction n'est pas toujours aisée, car ces deux névroses se combinent fréquemment l'une à l'autre.

Comme nous avons très souvent une névrose traumatique que vient compliquer une sinistrose, nous avons aussi les combinaisons suivantes :

sinistrose et névrose de traitement,
névrose traumatique et névrose de traitement.

Mais après certains accidents ayant provoqué un violent choc, comme les commotions cérébrales, les contusions étendues, les brûlures — par courant électrique plus spécialement — et les chocs émotionnels, c'est ordinairement une névrose traumatique qui prend naissance. Mais cela n'exclut pas la possibilité des autres névroses.

Pronostic.

Le pronostic de la névrose de traitement est le plus souvent très bon ; car une fois les causes éliminées, le psychisme de l'individu redevient rapidement normal. Naturellement, la guérison ne peut se produire du jour au lendemain, il faut quelques jours. Il est très rare d'autre part d'avoir des rechutes, à moins qu'elles ne correspondent à une recrudescence du mal qui nécessite une nouvelle période de traitement.

Comme le plus souvent cette névrose vient aggraver une sinistrose ou une névrose traumatique, le pronostic dépend plus particulièrement de ces deux dernières.

Mais dans un cas comme dans l'autre, le pronostic est bon, puisque le rétablissement est complet, sauf une ou deux exceptions où il se fait un peu attendre.

Ces névroses ne laissent habituellement pas de traces, mais il est toujours possible que le trouble initial se révèle à nouveau à l'occasion d'une autre maladie.

D'après les constatations recueillies, la névrose traumatique a un pronostic moins favorable, et la guérison est souvent plus lente. On ne trouve pourtant pas de névroses à pronostic désespéré, la guérison dépend beaucoup de la manière dont est suivi le malade : le tout est de bien savoir entreprendre son client.

La récupération de l'équilibre mental dépendra naturellement de la confiance et de la dignité du névrosé, mais aussi beaucoup de l'assurance qui amoindrit parfois les forces de résistance de la volonté dans les cas où elle donne des sécurités matérielles et financières trop alléchantes.

Fréquence de la névrose de traitement.

On a un peu exagéré ces dernières années l'importance de la névrose de traitement. Elle peut très bien exister pendant le traitement, mais peut-elle engendrer un état nerveux durable après le traitement ? Non. D'après nos recherches, cet état nerveux ne se prolonge pas après la fin du traitement. Les cas où il se prolonge sont des sinistres habituellement.

Voyons ce qui se passe en clientèle non assurée où la névrose de revendication peut être d'emblée écartée. De l'avis de spécialistes distingués, la névrose de traitement se rencontre parfois chez les non assurés pendant le traitement, mais jamais d'une façon durable après la terminaison de celui-ci. Cela confirmerait le fait que les névroses se prolongeant une fois le traitement fini, dépendent essentiellement du domaine de l'appétition, et ne sont pour finir que des sinistres masquées ou des névroses traumatiques. Chez les assurés, il serait souvent bien difficile d'affirmer que c'est le traitement seul qui est coupable, alors que consciemment ou inconsciemment la revendication est si puissante.

Nous disions plus haut que trop fréquemment le traitement était rendu responsable d'un état névrotique. Si d'un côté, il n'est d'aucun intérêt pour le médecin de mettre le traitement en avant, puisque cela pourrait porter atteinte à son habileté professionnelle en une certaine mesure, d'autre part l'intérêt des avocats est de faire triompher la cause de leur client et de satisfaire ses exigences, donc de faire admettre la responsabilité du traitement dans l'éclosion de la névrose, puisque c'est un des cas où la névrose est reconnue par les tribunaux et indemnisée.

Le tour est joué ainsi en faisant passer sur le compte de la névrose de traitement bien des cas qui n'en sont pas ou qui sont de vraies sinistres où le traitement tient un rôle très secondaire vis-à-vis du rôle primordial joué par la question de l'indemnité.

A l'appui de notre thèse, nous avons une statistique basée sur 268 dossiers de névrose parmi lesquels aucun de névrose de traitement pur, c'est-à-dire déclanchée uniquement par le traitement et 10 % environ de sinistrose ou de névrose traumatique où le traitement entre en jeu dans une certaine mesure.

Donc le terme de névrose de traitement doit être employé avec prudence, surtout si le traitement est terminé. C'est à ce moment que les idées de revendication se manifestent le plus aisément.

Aux dires des neurologues et des experts, le diagnostic de « névrose » est employé beaucoup trop facilement pour de petits troubles nerveux sans gravité ou pour des préoccupations sombres relevant d'une sensibilité exagérée.

Traitement.

Le traitement variera quelque peu suivant la forme de la névrose. Pour la névrose de traitement pure, dépendant essentiellement du traitement, il est radical :

Suppression du traitement sous toutes ses formes.

Puisque les troubles constatés sont engendrés par le traitement, le supprimer, c'est ôter la racine du mal; le mieux se fera alors vite sentir.

La question de l'indemnisation de cette névrose est très importante à considérer au point de vue thérapeutique comme aussi au point de vue social. Elle sera traitée au chapitre suivant.

En effet, un cas en suspens qui réclame encore une solution ne peut amener une guérison complète.

A part ces quelques moyens thérapeutiques, c'est la *reprise du travail* qui sera la plus profitable et utile, car elle écarte les idées fixées depuis des semaines ou des mois sur le traitement ou sur la maladie en cours.

Par contre la continuation du traitement ne peut faire que du tort au malade surtout lorsque ces traitements ne sont pas indispensables et qu'ils accaparent de plus en plus l'attention du malade et ses réserves d'énergie et de volonté.

Si la névrose de traitement est associée à une névrose traumatique, le traitement à instituer sera celui de cette dernière, en faisant attention de ne pas aggraver l'une pour vouloir trop bien soigner l'autre. Mais pour l'une comme pour l'autre, la continuation prolongée d'un traitement n'est pas à conseiller, car plus on s'occupera de son malade, plus il s'imaginera que son cas est grave et il craindra de n'en voir jamais la guérison. Donc discontinuer rapidement le traitement en cours si cela est possible.

Puisque la névrose traumatique vraie est en principe indemnisée par les assurances, il en sera de même de ces névroses combinées. La liquidation du cas sera efficace, si elle se fait le plus rapidement possible, qu'elle consiste en une rente ou en un capital unique.

Dans les cas où la sinistrose marche de pair avec la névrose de traitement, il y a trois moyens à employer sans tarder :

Liquider l'affaire en refusant définitivement toute indemnité pour la névrose.

Reprise rapide du travail.

Interruption de tout traitement qui n'est pas absolument nécessaire, indispensable au malade (mécanothérapie, électrothérapie surtout).

La guérison sera presque immédiate.

Naturellement, une fois le traitement terminé ou interrompu et le cas liquidé, il faudra un certain temps à l'individu pour

reconstituer sa force nerveuse et rétablir son équilibre mental. Mais cela dépendra beaucoup des influences extérieures que le malade subira et spécialement du médecin. Cette reconstitution sera accélérée par la déclaration persuasive du médecin : « Je vous certifie que vous êtes guéri, vous êtes guéri ; les quelques petites douleurs ressenties encore ne sont rien du tout », et aussi par le refus catégorique de toute indemnité par l'assurance, ce qui ne fera que confirmer, dans l'esprit du malade, l'idée de la guérison. Celle-là pourra être obtenue dans l'espace de quelques jours à une semaine suivant l'intensité des désordres mentaux.

Dans un but préventif, bien des moyens thérapeutiques pourront être tentés et le plus souvent avec succès. Ici encore, l'influence du médecin traitant sera énorme.

Si le patient est menacé d'une névrose de traitement :

Encourager son client, lui donner bon espoir en son traitement ;

Accélérer la liquidation du cas ;

Renoncer à tout traitement dont le malade peut se passer ;

Conseiller un travail utile dans chaque cas où le traitement sera de longue haleine.

Que faut-il penser d'un *traitement psychanalytique* dans les cas de névrose ?

Sans nier toute la valeur que peut avoir la psychothérapie dans des cas de sinistrose ou de névrose traumatique pour rééduquer le psychisme du malade et rétablir son équilibre mental, nous ne croyons pas qu'il soit utile et profitable dans la névrose de traitement pure et nous irons même jusqu'à dire qu'il est nuisible, à notre avis, dans bien des cas en prolongeant la cause déterminante du mal, plus spécialement s'il est entrepris une fois la guérison somatique obtenue. Il peut certes avoir de bons résultats dans certaines névroses surtout si les séances se font au cours des soins médicaux que réclame l'accident ou la maladie. Mais ces séances d'analyse qui doivent être répétées régulièrement pendant des semaines sont très souvent craintes par les malades et les obligent à fixer leurs idées sur cette nouvelle sorte de traitement.

Le malade est forcé chaque fois qu'il se dirige vers le psychothérapeute de repenser à son mal. L'application de ce traitement dans la névrose de traitement où justement on tâche de soustraire le malade à tout traitement, ne contribuerait-il pas à coup sûr à faire naître de nouvelles obsessions à propos de celui-ci ? Du reste le dernier argument de cette thérapeutique sera toujours la reprise du travail ou la cessation de toute prestation.

Utilité et danger de l'indemnisation de la névrose de traitement.

Comment les assurances et les tribunaux tranchent-ils ces questions ?

Les quelques articles de loi qui sont utilisés pour la liquidation des cas de névrose sont les suivants :

Dans la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladies et d'accidents du 13 juin 1911, *c'est l'article 82* ; il prévoit la liquidation des cas où la névrose fait son apparition au moyen d'une indemnité en capital remplaçant la rente.

La corrélation entre l'accident et la névrose étant évidente, la caisse d'assurance doit se conformer à la loi qui prévoit une indemnité.

Tout autre est le cas et la situation de la névrose de revendication où le désir d'une indemnité aboutit à la fixation des troubles subjectifs et même à l'éclosion de nouveaux symptômes de même ordre.

Dans ce cas, l'assurance liquide rapidement l'affaire en refusant tout dédommagement pour la névrose elle-même.

Quant aux cas de l'Assurance militaire, ils sont réglés par *l'article 38 de la loi de l'Assurance militaire* (1914) qui prévoit le remplacement de la pension par une indemnité en capital.

L'application de cet article n'a lieu que si la névrose est due à une maladie ou à un accident assurés ou au traitement erroné de ceux-ci.

Une décision de l'Assurance militaire de janvier 1925 montrera un peu sa ligne de conduite. Il s'agit d'un soldat soigné à tort pendant plusieurs années pour une affection pulmonaire par suite d'erreurs de diagnostic. Le jugement est ainsi conçu :

» Liquidation définitive du cas par l'octroi d'une indemnité en capital pour l'encourager à reprendre le travail et destinée à compenser le dommage résultant des fautes commises par l'Assurance militaire et à aider au recourant à se défaire de l'idée fixe d'être malade ou invalide, idée fixe développée et renforcée par les diagnostics erronés, mais imputable en partie à l'assuré lui-même. Donc responsabilité réduite de l'Assurance militaire.

» Ces erreurs en prêtant à une affection vraisemblablement bénigne un caractère de gravité qu'elle n'avait pas et qui auraient pu être en partie évitées, ont eu pour résultat de susciter et de renforcer la conviction de celui-ci d'être gravement malade et totalement incapable de travailler.

» D'après les récentes décisions du Tribunal fédéral des assurances (conformément à l'arrêt Tozzini du 8 mars 1927) la sinistrose ou névrose de revendication n'est en principe pas indemnisée : elle est écartée, mais une exception est faite dans les cas où la névrose peut être imputée à une circonstance indépendante de la volonté de l'assuré, par exemple à l'attitude de l'Assurance militaire, à un faux diagnostic ou à un traitement très long ou inutile conseillé à l'assuré, parce que le traitement au lieu de produire la guérison fait alors naître la névrose.

» La liquidation se fait en principe par une indemnité globale en tenant compte du facteur nerveux si la névrose est occasionnée entièrement ou essentiellement par un traitement ou par les discussions avec l'assurance. »

Un ou deux résumés de décisions du Tribunal fédéral des assurances compléteront ces données.

Arrêt du 30 juillet 1927.

Le Tribunal fédéral des assurances considérant :

Qu'il résulte des expertises judiciaires dignes de foi qu'H. n'est atteint, à part sa névrose, d'aucune maladie qui puisse réduire sa capacité de travail et qu'il ne reste dès lors qu'à envi-

sager la question de savoir si l'Assurance militaire doit accomplir les prestations à l'égard de cette névrose et de ses suites,

Qu'il résulte des principes posés par la décision du Tribunal fédéral des assurances du 8 mars 1927, concernant Tozzini, que la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents, ne répond, conformément à l'article 82, que pour les cas de névrose qui sont la conséquence directe ou indirecte d'un accident couvert par l'Assurance, ainsi dans le cas d'une véritable névrose traumatique,

Que la même disposition résulte de l'article 38 (L. A. M. 1914) dont la prescription qui doit être appliquée ici peut être reproduite mot à mot d'après celle de l'article 82 et qui s'applique aussi bien au cas de l'Assurance militaire,

Qu'il résulte des principes posés par l'arrêt cité qu'il en est autrement lorsqu'il s'agit des névroses dites d'assurance (sinistres) que dans le cas des névroses traumatiques et des cas semblables,

Que dans le premier cas il s'agit d'une déformation malade de la volonté dont l'origine est à rechercher dans le désir éprouvé par l'assuré d'obtenir des prestations d'assurance, désir qui se déforme jusqu'à constituer une idée fixe, empêchant le patient d'entreprendre un travail quelconque, quoiqu'il en soit physiquement capable,

Que la médecine moderne, la jurisprudence et la doctrine la plus récente n'admettent aucun rapport de cause à effet entre une névrose de ce genre et l'accident, c'est-à-dire la maladie originaire qui est à la base de la prétention de l'assurance,

Qu'il faut logiquement — du moins en principe — en conclure que la responsabilité de l'assurance ne saurait entrer en jeu dans des cas similaires,

Qu'une exception ne pourrait être faite que lorsque la névrose doit être attribuée à un état qui ne dépend pas de la volonté de l'assuré, *par exemple dans le cas d'un diagnostic erroné ou dans celui d'une cure spécialement longue et déplacée ordonnée par l'assurance,*

Que, dans le cas présent, il s'agit d'une simple névrose dite d'assurance d'après les constatations des experts judiciaires,

Qu'elle ne saurait en aucune façon entraîner les prestations de la part de l'Assurance militaire,

Que les autres causes rappelées par les experts judiciaires — et qui seules peuvent entrer ici en ligne de compte pour expliquer l'origine de la névrose — résident dans le manque de fermeté du caractère de H. et dans le fait de son chômage,

Que l'Assurance ne saurait être rendue responsable à l'égard de cas semblables, du moment que l'existence d'aucun autre fait qui aurait pu entraîner la responsabilité de l'Assurance militaire (en particulier un diagnostic erroné ou un traitement impropre) ne ressort des pièces du procès,

Que toute prétention à des prestations de la part de l'Assurance militaire paraît dans ce cas absolument mal fondée,

Prononce :

La requête est écartée.

Lucerne, le 30 juillet 1927.

Arrêt du 29 juillet 1927.

Conformément à sa décision, l'assurance accordait au plaignant une indemnité de 20 % pour une année environ en admettant, au cours de cette époque, l'existence d'une névrose entraînant les prestations de l'assurance. Il ressort de nombreuses décisions du Tribunal fédéral des assurances prononcées au cours de ces dernières années (cf. en particulier la décision concernant Tozzini du 8 mars 1927) que seule la névrose réellement traumatique ainsi que la névrose dite de traitement consécutive à l'espèce de traitement suivi donne droit au dédommagement de l'assurance. Alors que la sinistrose n'entre pas en ligne de considération, l'existence d'une névrose véritablement traumatique ne saurait être admise ici. On pourrait simplement se demander si l'on se trouve en présence d'une *névrose de traitement*. A cet égard il convient de remarquer que le demandeur n'a pas été induit primitivement en erreur dans l'idée qu'il était sujet à des douleurs importantes. On constate au contraire que ses plaintes ont été estimées peu importantes au début par l'expert et qu'elles ont été déclarées plus importantes seulement plus tard par le

second expert. Dans un cas semblable, le traitement n'indique rien qui puisse avoir donné lieu à une névrose de traitement et la situation du cas présente au contraire avec les cas tout à fait déterminés dans lesquels il s'agit dès le commencement de la constatation de douleurs vraiment conséquentes. L'expert a également déclaré qu'il admettait personnellement dans ce cas qu'il ne saurait être question de dire que l'accident a contribué même très indirectement aux suites mentionnées.

Du moment que dans l'opinion du Tribunal fédéral on ne saurait admettre une *névrose de traitement* et que, bien au contraire, toutes les circonstances du cas prouvent la persistance de l'existence d'une sinistrose pure, rien n'autorise d'accorder au demandeur des prestations supérieures à l'indemnité qui lui était accordée par la défenderesse pour une période antérieure à l'apparition de sa névrose.

La demande doit être rejetée en tant qu'elle dépasse les points reconnus par la défenderesse.

Nous voyons dans ces décisions que les tribunaux accordent une indemnité à la névrose de traitement pure et aussi aux névroses où le traitement joue un certain rôle.

Nous ne sommes pas entièrement d'accord avec cette jurisprudence.

L'indemnisation de la névrose de traitement nous paraît parfaitement justifiée pendant la durée du traitement. Du reste pendant cette période l'indemnité de cette névrose se confond avec l'indemnité journalière.

Mais une fois le traitement terminé et la guérison de la maladie obtenue, faut-il continuer à indemniser cette névrose ?

Non, car d'après nos recherches toute névrose se prolongeant après le traitement n'est qu'une sinistrose qu'il faut à tout prix ne pas indemniser. Au plus pourrait-on donner dans ces cas-là « une indemnité de convalescence » calculée pour 10 à 15 jours à titre d'encouragement.

L'indemnisation de la névrose de traitement pourrait encore se soutenir dans les cas, que nous supposons sans en avoir

d'exemples, où cette névrose apparaît seulement après la fin d'un traitement dont le malade déplore les effets et les conséquences.

Seuls ces cas méritent une indemnité pour le trouble mental causé par les résultats de soins médicaux terminés.

Une névrose provoquée par les ennuis relevant d'un anus contre nature, par exemple, devra normalement recevoir une indemnité de consolation sous la forme d'un capital unique, ce qui contribuera largement à hâter la guérison.

Dans tous les autres cas de névrose de traitement, on ne saurait accorder aucun dédommagement pour cette névrose après la clôture du traitement jugé nécessaire.

Indemniser, c'est reconnaître la responsabilité d'une lésion et, dans notre cas, c'est prolonger la névrose en fixant les idées du névrosé sur le traitement dont la responsabilité est alors reconnue par l'assurance : bonne occasion de mettre au compte de son traitement des troubles vagues, souvent très difficiles à contrôler et aussi encouragement pour se sentir de nouveaux maux.

Bien entendu le refus de l'indemnisation de la névrose de traitement ne touche nullement les droits des assurés pour leur maladie ou pour leur accident et leurs conséquences.

Ce refus d'indemnité ne pourra pas faire beaucoup de tort à l'assuré qui le plus souvent recevra déjà pour sa lésion somatique une rente ou un capital, mais au contraire cela le poussera involontairement à écarter les soupçons qu'il pourrait avoir sur son traitement.

Ces dispositions auront un bon résultat surtout au point de vue prophylactique, et contribueront à faire diminuer le nombre des névroses.

Le professeur Julliard a proposé de refuser toute indemnité pour la sinistrose, non pas que l'article 38 ne guérisse pas, mais parce qu'il est surtout désastreux au point de vue prophylactique.

Y a-t-il beaucoup de risques et d'erreurs à courir en agissant ainsi ? Non. Le plus grand risque est une erreur de diagnostic, de prendre une névrose traumatique pour une sinistrose, mais cela peut arriver dans toute maladie. Puisque pour nous, toute névrose se manifestant après la fin d'un traitement, est ou une

sinistrose ou une névrose traumatique, nous sommes sûrs de ne pas indemniser à tort une névrose de traitement pour une autre névrose.

S'il arrive que l'on n'indemnise pas un cas qui aurait dû l'être, le mal n'est pas bien grand, puisque l'assuré qui se croit lésé dans ses droits peut toujours recourir.

Ne pas indemniser la névrose de traitement ne présente que des avantages :

Diminution de la fréquence des névroses.

Suppression de nombreuses contestations entre assurés et assurance, qui jouent un très mauvais rôle thérapeutique.

Encouragement pour éviter tout traitement superflu ou qui pourrait nuire au psychisme du malade, comme toute expertise ou tout examen non indispensables.

STATISTIQUE

Elle est basée sur 268 dossiers de névrose des années 1918 à 1926 y compris, enregistrés par la S. U. V. A. L.

Sur ces 268 dossiers, 218 ont été réglés par une rente d'invalidité et 50 ont été liquidés sans rente.

Nous ne possédons un matériel complet des dossiers de névrose que pour les années 1923 à 1926 y compris, donc 4 années complètes pendant lesquelles 159 névroses ont été constatées, les unes ont été refusées par l'assurance ou se sont guéries sans invalidité, les autres ont abouti à une rente, une indemnité en capital, selon l'article 82 L. A. M. A. Quelques cas ont donné lieu à des procès ou à des transactions. Le nombre des névroses paraît en légère diminution ces deux dernières années : moyenne 25 à 30.

Dans aucun des dossiers, où pourtant des expertises ont été confiées à des spécialistes, le diagnostic de névrose de traitement n'a été posé ou même proposé.

Dans quelques dossiers le traitement a malgré tout joué un certain rôle dans l'éclosion de la névrose.

Sur les 268 dossiers, nous avons trouvé :

Névrose de revendication ou sinistrose	63 = 24 %
Névrose traumatique, émotionnelle	140 = 52 %
Névrose traumatique compliquée de sinistrose	57 = 21 %
Cas douteux	8 = 3 %
	268 au total

La névrose de traitement a été trouvée combinée dans 26 cas environ, soit dans 10 % des cas à la névrose de revendication ou à la névrose traumatique dont le plus gros contingent (115) est formé par les commotions cérébrales.

Dans aucun cas, une sinistrose compliquée par une névrose de traitement n'a duré après la liquidation et la fin du traitement qui contribuent à guérir ce genre de maladie.

La nature de la guérison indique ainsi la nature du mal.

CONCLUSION

La névrose de traitement existe pendant la durée du traitement, mais on la rencontre d'une façon générale plus fréquemment chez les assurés que chez les personnes non assurées. Cela s'explique aisément, car chez les assurés l'idée d'appétition, le désir d'une indemnité vient s'ajouter aux causes déclanchant cette névrose et en augmente ainsi le nombre. D'un autre côté, l'énergie psychique est moins puissante chez les assurés du fait qu'ils ne se sentent pas livrés à leurs propres forces ou à eux-mêmes dans la lutte pour l'existence.

La névrose de traitement existe-t-elle en clientèle non assurée au-delà de la période de traitement ?

Nous n'avons pas observé ou trouvé des cas probants où l'on put incriminer le traitement comme cause prévalente d'un état névropathique. On conçoit, en effet, difficilement qu'une fois le traitement terminé, la névrose se continue au-delà de la période de traitement, puisque c'est le traitement qui a engendré cet état mental. Les névroses persistant après la fin du traitement sont ordinairement des sinistroses masquées ou des névroses traumatiques non décelées.

La sinistrose et la névrose traumatique sont parfois aggravées ou compliquées par les effets moraux occasionnés par un traitement, mais elles n'en garderont pas moins leurs caractères propres.

Le diagnostic de névrose de traitement peut être posé à tort au lieu de celui de sinistrose, mais cela n'empêche pas de dire que certains traitements entrepris pendant la convalescence et non indispensables prolongent souvent la durée de cette névrose en entretenant l'anxiété du névrosé et en fortifiant sa conviction d'une incapacité de travail. Nous pouvons faire mention spécialement des traitements suivants : mécano-thérapie, électrothérapie, massages.

La guérison de la névrose de traitement pure ne peut être

obtenue qu'en écartant le plus rapidement possible tout traitement, en supprimant ainsi la cause même de sa formation.

Outre la cessation du traitement, la reprise du travail sera d'un grand secours pour le rétablissement complet du névrosé.

Il est d'une importance capitale pour empêcher la genèse de ces troubles névrotiques d'instituer un travail quotidien dès le début d'une maladie ou d'un accident qui risquent de se prolonger et d'utiliser des moyens thérapeutiques aussi prompts et efficaces que possible.

La rééducation psychique, la psychothérapie serait à conseiller dans certains cas où la névrose de traitement n'est nullement améliorée ou guérie par la reprise du travail et la cessation des soins médicaux.

La liquidation des questions en suspens entre l'assurance et l'assuré, qu'elle soit en sa faveur ou en sa défaveur est un facteur de rétablissement appréciable, mais ses effets se font sentir surtout s'il s'agit d'une névrose de revendication.

La question la plus délicate est celle de l'indemnisation de la névrose de traitement ou des cas où elle vient compliquer d'autres états névrotiques.

Faut-il l'indemniser ? Non, et pour plusieurs raisons.

Au point de vue prophylactique tout d'abord, car certainement le nombre des névroses diminuera de ce fait.

Dans l'intérêt des assurés et en vue de leur prompt rétablissement, le refus d'un dédommagement est plus salubre que son acceptation, car le malade sera obligé de reprendre le dessus de lui-même.

Ainsi sera évité l'écueil de l'indemnisation des sinistres habilement rejetées sur le compte du traitement, fait encore assez fréquent.

Ce procédé portera-t-il préjudice aux intérêts matériels de l'assuré ? — En aucune façon.

Pendant le traitement, l'indemnité de la névrose de traitement se confond avec l'indemnité résultant de l'accident ou de la maladie. Après la fin de tout traitement, aucune indemnité ne devrait être accordée, — sauf peut-être une petite indemnité de convalescence pour quelques jours à une semaine — car la

névrose dite de traitement cesse ordinairement à ce moment-là. Une indemnité plus étendue ne ferait que de prolonger la névrose existante, car elle retarderait sûrement la reprise du travail.

D'après nos recherches, presque toutes les névroses non guéries par la discontinuation des soins médicaux sont ou des sinistres ou des névroses traumatiques; donc la névrose de traitement ne saurait être indemnisée après le traitement puisqu'elle n'existe plus à ce moment.

Une ou deux exceptions confirment la règle. Il s'agit de cas de névrose très rares qui se développent à la suite des conséquences pénibles d'un traitement, mais difficiles à discerner en pratique. Pour ces cas une indemnité pourrait se soutenir.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET ARTICLES CONSULTÉS :

- BENON, R. : La sinistrose, Paris médical, 1920, vol. 37, page 285.
Contribution à l'étude, au traitement et à l'appréciation des états névrotiques.
(Procès-verbal de la conférence de médecins et de représentants des administrations fédérales tenue les 31 mars et 1^{er} avril 1925 à Berne.)
- JULLIARD : « A propos de la névrose des assurés ».
(Revue médicale de la Suisse romande, 42^{me} année, N^o 7, juillet 1923.)
- LUTHERMANN : Postoperative Neuroses.
(Medical Journal and Review, New-York 1925, vol. 121, page 422.)
- NÆGELI, O. : Unfalls- und Begehrungsneurosen.
(Neue deutsche Chirurgie, vol. 22, 1917.)
- PICCARD, P. : La névrose des assurés; expériences judiciaires.
(Revue médicale de la Suisse romande, Genève, 1922, page 769; 1923, page 85.)
- POMETTA, O. : Médecine des accidents. Guide du médecin, 1918.
Revue suisse des accidents du travail : Années 1922 à 1927.
Décisions de principe du Tribunal fédéral des assurances et arrêts de l'Assurance militaire dans des cas de névrose.
Julliard : 1923, page 97. Hoffmann : 1925, page 138. Piccard : 1922, page 154 et 1923, page 103.
- WEYENETH-PUNTER, PAULA : Formation de la névrose des assurés et sa conception en jurisprudence suisse. Thèse de Zurich. Weida (Thuringen), 1923.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface de M. le professeur Ch. Julliard	9
Introduction	13
Névrose de traitement	17
Définition de cette névrose	17
La Symptomatologie	18
Causes de cette névrose	21
Diagnostic différentiel	36
Pronostic	37
Fréquence de la névrose de traitement	38
Traitement	39
Utilité et danger de l'indemnisation de la névrose de traitement. Comment les tribunaux et les assurances tranchent-ils ces questions?	42
Statistique	49
Conclusion	50
Bibliographie.	53
Table des matières	55
